
	SUDIRECCION DE BIENES Y SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL				
	SOLICITUD DE SERVICIOS DE TRANSPORTE				
	CÓDIGO	SDS-BYS-FT-082	VERSIÓN	2	

Elaboró: Wilmer Páez Páez		Revisó: Oscar Ramiro Reyes Muñoz		Aprobó: Carlos Fernando Meza Solís	
---------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------------	--

FECHA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO:		TIPO DE TRANSPORTE	PASAJEROS:	
			CARGA:	
CANTIDAD DE PASAJEROS:		TIPO DE SERVICIO	SOLO IDA:	
* En caso que el servicio sea ida y regreso, informar hora de regreso. * En caso que el servicio sea recorrido, indicar las hora de recogida en cada punto y tener en cuenta la hora de almuerzo del conductor.			IDA Y REGRESO:	
			RECORRIDO:	
HORA DE SÁLIDA:		HORA DE REGRESO		
LUGAR DE SÁLIDA: (Incluir Dirección)				
LUGAR DE DESTINO 1: (Incluir Dirección)		HORA DE RECOGIDA:		
LUGAR DE DESTINO 2: (Incluir Dirección)		HORA DE RECOGIDA:		
LUGAR DE DESTINO 3: (Incluir Dirección)		HORA DE RECOGIDA:		
LUGAR DE DESTINO 4: (Incluir Dirección)		HORA DE RECOGIDA:		
LUGAR DE DESTINO 5: (Incluir Dirección)		HORA DE RECOGIDA:		

FUNCIONARIOS QUE TOMARAN EL SERVICIO		
NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO	No. CELULAR

JUSTIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN U OFICINA:			
NOMBRE DEL DIRECTOR O JEFE DE OFICINA:		FIRMA:	

Datos para ser diligenciados por la Oficina de Transportes					
VEHÍCULO DE CONTRATO:		CONDUCTOR:		PLACA:	
VEHÍCULO DE LA ENTIDAD:		CONDUCTOR:		PLACA:	
REVISADO POR:				FIRMA:	

* El formato debe ser enviado por correo electrónico a transportes@saludcapital.gov.co por el referente encargado de cada Dirección u Oficina, con mínimo dos (2) de anticipación.
 * Las solicitudes de servicio de transporte serán recibidas, máximo hasta las 4:00 p.m. de lunes a viernes.
 * En caso de requerir un servicio de transporte para los fines de semana, las solicitudes se recibirán hasta el día viernes 12:00 del día.

"El buen uso y adecuada planeación le garantizara a todos que puedan acceder al servicio de Transporte"